ITEM 283 : DIARRHEE AIGUË ET DESHYDRATATION

Diarrhée = émission de selles trop fréquentes et/ou trop abondantes > **300 g/jour** et/ou de consistance anormale
- **Définition OMS : ≥ 3 selles très molles** ou **liquides**/jour, aiguë si évolution **< 2 semaines**
- Symptôme très fréquent : majoritairement d'origine alimentaire ou virale, bénigne, brève < 24h
- **Syndrome dysentérique** = évacuations glaireuses + sanglantes pouvant être dissociées des matières fécales (afécales) ± épreintes et sensation de ténesme → témoigne d'une **lésion organique colique distale** (si afécale) ou **iléite/colite proximale**

Diagnostic

Clinique

- Mode de début, caractéristiques des selles (syndrome dysentérique ou non), signes associés
→ *La présence d'une fièvre ne préjuge pas de l'origine bactérienne ou virale*
- Contexte : épidémique, intoxication alimentaire, voyage récent
- Terrain à risque : valvulopathie, immunodépression (VIH, chimiothérapie, déficit immunitaire congénital…)

Prise de médicament

- Antibiothérapie dans les **2 mois** → **diarrhée sous antibiotiques**
- Inhibition de la digestion glucidique (**acarbose**) ou lipidique (**orlistat**)
- Osmotique (**laxatif, magnésium**), sécrétoire (**olsalazine**)
- Toxicité entérocytaire : **colchicine, biguanide**
- Colite microscopique : **veinotonique, lanzoprasole, ticlopidine, sertraline**

Prise alimentaire récente

		Dans la semaine
< 24h	- **Toxines de *S. aureus*** : pâtisserie, viande - ***Bacillus cereus*** : riz, soja - ***Clostridium perfringens***: viande en sauce, plat cuisiné - **Toxines de dinoflagellés** : coquillages cru/cuit	- ***Campylobacter* sp.** : poulet cru, produits laitiers non pasteurisé - ***E. coli* entéro-hémorragique** : bœuf cru - ***Yersinia enterocolitica*** : porc
24-48h	- **Virus rond et vibrio** : coquillage crus - ***Salmonella*** : aliment à base d'œuf cru, poulet cru, produit laitier non pasteurisé	

Signes de gravité

- **Syndrome septicémique** (fièvre > 39°C ou hypothermie, frissons) voire **choc septique**
- **Perte de poids**
- **Déshydratation extracellulaire** : soif, oligurie, hypotension artérielle, pli cutané
- **Déshydratation globale** : muqueuses sèches (face inférieure de la langue), troubles de la vigilance
- **Choc hypovolémique** : PAS < 90, TC > 120, oligurie, marbrures, TRC > 3s, extrémités froides/pâles

Signes associés

- Sensibilité élective, voire défense de la fosse iliaque droite → **inflammation iléo-colique droite**
- Météorisme abdominal permanent et douloureux → **dilatation colique aiguë**
- Signes extra-digestifs : **éruptions cutanées, signes articulaires**…

Nourrisson

Déshydratation +++ : Apathie, difficulté au réveil, gémissements, comportement inhabituel, tachypnée, dépression des fontanelles (pas de plis cutanés)

Prise en charge

Gastro-entérite aiguë

- Recommandations d'hydratation, d'alimentation et d'hygiène
- Traitement symptomatique : **ralentisseur du transit** ou **anti-sécrétoire**
- **Aucune exploration complémentaire nécessaire** → généralement résolutif en **< 5 jours**
→ *S'assurer que la diarrhée n'est pas d'origine médicamenteuse*

Nécessité d'exploration ± Traitement spécifique

Syndrome dysentérique

- Diarrhée hémorragique (iléo-colique) vs syndrome dysentérique (colique distale)
- Agents infectieux potentiel
  Bactérie +++ : ***Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia, E. coli* entéro-invasif,** toxine **d'*E. coli* entéro-hémorragique**
  Parasitaire : **amibiase** (si séjour en pays d'endémie)
  Viral : **rectite herpétique vénérienne**, **colite à CMV** chez l'immunodéprimé

Signes de gravité

- Fièvre > 39°C ou déshydratation majeure
- Terrain vulnérable : immunodéprimé, valvulopathie, sujet très âgé, comorbidités
- Diarrhée persistante **> 3 jours** malgré un traitement symptomatique

Bilan

- **Bilan standard** : NFS, CRP, ionogramme, bilan rénal ± hémoculture si fièvre
- **Coproculture** avec ensemencement de milieux sélectifs pour *Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia* (et *E. coli* O157 :H7 si hémorragique), répété si négative
→ Présence d'*E. coli* non typé, *S. aureus* ou *Candida albicans* : témoigne d'un portage sain
- **Examen parasitologique des selles**
± Si hémorragie/dysentérie : **rectosigmoïdoscopie** avec **biopsies,** voire **iléo-coloscopie**

Traitement		TTT	**= Antibiothérapie probabiliste** après prélèvements microbiologiques : - **Ciprofloxacine** 400 mg x2/j pendant **5 à 7 jours** - Si séjour en zone endémique d'amibiase : ajout de **métronidazole** 500 mg x3/j pendant **10 jours** - Adapté aux résultats : **macrolide** si *Campylobacter*, **anti-parasitaire**…
	Cas particuliers	Voyage	- Evoquer une parasitose : amibiase, cyclosporose…
		Chimiothérapie	- **Toxicité intestinale aiguë** de la chimio, <u>à explorer si fièvre et/ou neutropénie</u> - **Risque d'infection à *Clostridium difficile*** même sans antibiotique
		Contexte vénérien	- En cas de **rectite** : **écouvillonnage** et/ou **biopsies rectales** + **sérologies** - Rechercher : **HSV, *Chlamydia trachomatis,* gonocoque, syphilis**
		VIH	- CD4 > 200 : identique à la population générale - CD4 < 200 : rechercher ***Cryptosporidium*** et ***Microsporidium*** à **l'EPS** - CD4 < 100 : **colite à CMV → PCR CMV sanguine** et **biopsie colique**
		Toxi-infection alimentaire (TIAC)	= Apparition de <u>**≥ 2 cas groupés similaires**</u> d'épisodes digestifs → **Déclaration obligatoire à l'ARS**
		Pédiatrie	- Agent infectieux fréquent : **rotavirus, calicivirus, adénovirus, astrovirus** - Spécifiques à l'enfant : ***E. coli* entéropathogène** plus à risque de SHU +++
		Sujet âgé	= Surmortalité : déshydratation, décompensation, forme grave de colite à *C. difficile*
		Diarrhée nosocomiale	= Survenue **≥ 3 jours** après l'admission du patient en milieu hospitalier - **FDR** : antibiothérapie, âge extrême, présence d'un voisin de chambre, durée du séjour élevée - Agent infectieux : ***Clostridium difficile*** ++, **salmonelles, virus, parasites** (giardia) - Exploration systématique : - Recherche de toxine et de *C. difficile* - Coproculture standard - Examen parasitologique des selles
	RHD		- Hygiène des mains, ne pas partager objets de toilette et couverts, désinfection des toilettes - Boissons abondantes (bouillon salé…), repas léger (riz…), éviter lait, crudités, fibres et repas copieux
	Compensation des pertes en eau et sel		- **Réhydratation orale** si possible (sauf déshydratation sévère ou vomissements incoercibles) : boissons abondantes (eau plate, boisson gazeuse), alimentation **salée** (ou biscuit salé, sachet de sel), **riche en glucose** (amidon (riz, pates), saccharose, Coca®), par petits volumes à intervalles rapprochés - Enfant/sujet âgé : **solutions de réhydratation orale** (Adiaril® : sodium, glucose, potassium, chlore, agent alcalinisant) à reconstituer dans 200 mL d'eau, à arrêter dès régression de la diarrhée
	Sympto-matique	**Anti-diarrhéique**	- **Antisécrétoire** : **racécadotril** (Tiorfan®) - **Ralentisseur du transit** (opioïde)**: lopéramide** (Imodium®), **diphénoxylate** (Lomotil®) → Ralentisseur du transit contre-indiqué si diarrhée hémorragique ou fièvre élevée
			Selon les symptômes associés : **antipyrétique** si fièvre, **antispasmodique** (phloroglucinol) ou **antalgiques** si douleurs, **antiémétique** (dompéridone, métoclopramide) si nausées/vomissements
	D' urgence		→ Hospitalisation en urgence si **sepsis grave** et/ou **déshydratation sévère** - **ATB probabiliste** en urgence : **ciprofloxacine**, adapté secondairement à l'antibiogramme - **Réhydratation IV** : **- Hydrique** : basée sur la perte de poids → déshydratation - **Sodée** : basée sur des pertes de 50 mmol/L dans les selles → hyponatrémie - **Potassique** si besoin : diarrhée profuse, vomissements associés → hypokaliémie - **Alcalisation par bicarbonate de sodium IV** en cas d'acidose métabolique avec hypokaliémie

DIARRHEES AUX ANTIBIOTIQUES

Causes	**Diarrhée bénigne**	= **Modification du transit intestinal/dysbiose** chez **> 10%** des sujets après un antibiothérapie - **Non infectieuse** : généralement diarrhée bénigne, 3 à 5 jours après le début du traitement, transitoire, sans fièvre, **régression rapide à l'arrêt** → aucun examen complémentaire
	Diarrhée à *Clostridium difficile*	= **Colite pseudo-membraneuse** : jusqu'à **2 mois** après une antibiothérapie - Antibiotiques à risque : - Elevé : **amoxicilline**, **céphalosporine**, **clindamycine**, **fluoroquinolone** - Modéré : **tétracycline, sulfamide, macrolide, chloramphénicol** - Faible/nul : **vancomycine, métronidazole, bacitracine** - Début brutal : **diarrhée abondante** (> 7 selles/jour), **fièvre, AEG**, - Complications : **mégacôlon toxique**, **perforation digestive, choc septique, rechute** - Diagnostic : - Mise en évidence de ***Clostridium*** et de ses **toxines** dans les selles - Mise en évidence de **pseudomembranes** à l'**endoscopie recto-colique :** mottes surélevées jaunâtres, par dépôts de fibrine, leucocytes, débris tissulaires et mucus
	Diarrhée à *Klebsiella oxytoca*	= Plus rare : **diarrhée hémorragique** survenant **brutalement** lors des **1ers jours** d'un traitement par **β-lactamine** ou **pristinamycine** - **Endoscopie** : lésions segmentaires muqueuses hémorragiques, aspect ischémique en histologie
	Autres	- **Diarrhée** ou **colite** par **infection de rencontre** favorisée par les antibiotiques (ex : ***Salmonella***)
Exploration	**Recherche de *C. difficile***	- Indications : - Diarrhée sous antibiotiques avec fièvre ou signe de colite (météorisme abdominal douloureux, signes péritonéaux) - Diarrhée prolongée **> 24h** après arrêt des antibiotiques - **Toute diarrhée nosocomiale** - Recherche de **toxine A et B de *C. difficile*** → **Méthode immuno-enzymatique** ou **PCR** ou test de référence par **cytotoxicité des selles** - **Recherche de *C. difficile*** : **méthode antigénique** ou **culture** sur milieu sélectif
	Coprocultures standards	= Recherche de ***Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia*** - Indications : diarrhée fébrile ou se prolongeant malgré une recherche de *C. difficile* négative
	Recherche de *Klebsiella*	= Culture par ensemencement des selles sur milieu sélectif - Indications diarrhée hémorragique sous antibiotiques
	Endoscopie	= **Rectosigmoïdoscopie** ou **coloscopie** - Indications : - D'emblée : - Diarrhée **hémorragique** - **Signes de colite** : météorisme abdominal douloureux - Si FDR de diarrhée à *C. difficile* grave : hyperleucocytose > 15 G/L, créat > 200, hypo-albuminémie < 25 g/L - Si bilan microbiologique négatif - **Culture de biopsie muqueuse** en territoire lésée → biopsie inutile si aspect endoscopique typique de colite pseudo-membraneuse
Traitement	- Diarrhée à *Klebsiella oxytoca* : **régression rapide** à l'arrêt de l'ATB causale. Sinon antibiothérapie par **Quinolone** - Diarrhée bénigne ou forme mineure d'infection à *C. difficile* : **régression rapide à l'arrêt de l'antibiothérapie causale**	
	Colite à *Clostridium difficile*	- **Isolement « contact » renforcé** : désinfection quotidienne des locaux à l'eau de Javel, renforcement de l'hygiène des mains (lavage à l'eau et au savon systématique avant friction au SHA), port de gant avant tout contact avec le patient ou son environnement → **Maintenu jusqu'à disparition de la diarrhée** - **Métronidazole** en 1ère intention : 500 mg x2/j par voie orale pendant **10 jours** - **Vancomycine** si échec, récidive, colite sévère et/ou grossesse : 0,5 à 2 g/j *po* pendant **10 jours** - **Colectomie d'urgence** en cas d'échec et de **menace du pronostic vital**
	Rechute	= Très fréquente (20% après un 1er épisode, 40% après un 2e, 60% après un 3e) : typiquement à 4 semaines - Reprise de **métronidazole** ou **vancomycine** généralement efficace - **Fidaxomicine** *per os* possible en cas de récidive ± Co-prescription de ***Saccharomyces boulardii*** (↘ le risque de rechute ultérieure) - Forme multi-récidivante : envisager une **transplantation de flore fécale**
	Diarrhée à *Klebsiella oxytoca*	- Régression généralement rapide à l'arrêt du traitement - **Ciprofloxacine** en l'absence de régression rapide à l'arrêt